

Att uppmärksamma och tillgodose äldre personers behov utifrån ett palliativt förhållningssätt på vård och omsorgsboende: Omvårdnadspersonals perspektiv

Loredana Andrisan, Klara Molin & Ingela Beck

Forskningsplattformen för Hälsa i samverkan

**Att uppmärksamma och tillgodose äldre personers
behov utifrån ett palliativt förhållningssätt på vård-
och omsorgsboende:**

Omvårdnadspersonals perspektiv

Loredana Andrisan, Klara Molin & Ingela Beck

Kristianstad University Press

Tryckort: Kristianstad 2018

ISSN: 1652-9979 NR 9 2018

© Respektive författare

Att uppmärksamma och tillgodose äldre personers behov utifrån ett palliativt förhållningssätt på vård- och omsorgsboende:

Omvårdnadspersonals perspektiv

Loredana Andrisan, Anna-Klara Molin & Ingela Beck

Abstrakt

Bakgrund: Äldre personer som bor på vård- och omsorgsboende befinner sig i livets slut och är ofta svårt sjuka. Palliativ vård är ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och deras familjer i samband med livshotande sjukdom. Förhållningssättet lämpar sig väl att använda vid vård- och omsorgsboende. Syfte: Syftet med studien var att beskriva omvårdnadspersonalens uppfattningar om vad de gör och kan göra för att uppmärksamma och tillgodose äldres behov på vård- och omsorgsboende utifrån ett palliativt förhållningssätt. Metod: Sju fokusgruppdiskussioner som representerades av omvårdnadspersonal på fyra olika vård- och omsorgsboende genomfördes, sex fokusgruppdiskussioner genomfördes 2010 och en 2017. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Resultat: Genom analysen framträdde ett övergripande tema Att möta den äldre utifrån dennes tankar, känslor och värderingar och tre huvudkategorier Att lära känna den äldre, Att sörja för den äldres angelägenheter och Att den äldre ges valmöjligheter. Slutsats: För att kunna tillgodose äldre personers behov utifrån ett palliativt förhållningssätt behöver omvårdnadspersonal möta den äldre personen utifrån dennes tankar, känslor och värderingar vilket kräver resurser i form av tid men också handledning i att samtala om existentiella frågor.

Nyckelord: Omvårdnadspersonal, äldres behov, vård- och omsorgsboende, palliativt förhållningssätt, kvalitativ metod

Rapporten är baserad på ett examensarbete inom specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning distriktssköterska genomfört med stöd av Forskningsplattformen för Hälsa i samverkan.

INNEHÅLL

FÖRORD	7
INLEDNING.....	9
BAKGRUND.....	9
SYFTE	13
METOD	13
Design	13
Kontext	13
Urval	14
Tillvägagångssätt	14
Datainsamling.....	15
Analys	16
Förförståelse	16
Etiska överväganden.....	17
RESULTAT	17
Att möta den äldre utifrån dennes tankar, känslor och värderingar	18
Att lära känna den äldre.....	18
Att diskutera den äldres behov.....	20
Att sörja för den äldres angelägenheter	22
Att underlätta aktiviteter	24
DISKUSSION	28
Metoddiskussion	28
Resultatdiskussion	31
Kliniska implikationer.....	35
Slutsats	35
REFERENSER	36

Bilaga 1. Intervjuguide fokusgruppdiskussion 2017

Bilaga 2. Intervjuguide fokusgruppdiskussion 2010

Bilaga 3. Exempel på kodning av data

FÖRORD

Denna rapport bygger på en magisteruppsats som behandlar en mycket viktig målgrupp för omvårdnad – äldre personer som bor på särskilt boende. Merparten av dattainsamlingen är genomförd inom ramen för en större studie med fokus på palliativ vård till äldre personer. Studien finansierades av dåvarande Vårdalinstitutet vid Lunds universitet. Vi visste att äldre personer har ett behov av att prata om sin egen död och döende. När studien startade pågick också en debatt om att äldre personer mer sällan fick tillgång till palliativ vård än vad yngre personer fick. Dessutom var den palliativa vården till äldre personer oftast strukturerad på samma vis som till yngre personer med cancersjukdomar, trots att äldres sjukdomspanorama och döende ser annorlunda ut. Äldre personers död föregås ofta av en längre period med många olika sjukdomar och besvär där en s.k. brytpunkt mellan botande och lindrande behandling ofta är svår att identifiera. Den större studien visade bland annat att de äldre personerna endast fick palliativ vård de allra sista dagarna livet och att det också var först då som närstående involverades i vården. Studien visade också att personalen ofta hade svårt att möta de äldres behov av att prata om existentiella frågor och istället viftade bort frågor och funderingar som ”Tänk om jag inte vaknar imorgon?” eller ”Jag kommer nog snart att dö”, istället för att fånga stunden och fråga vidare.

Denna rapport bygger på de diskussioner som personalen på särskilt boende hade kring hur de skulle kunna förbättra omvårdnaden genom ett ökat fokus på vårdtagaren som person, äldre personers död och döende och hur man kan involvera närstående i större utsträckning. Diskussionerna var en del av en intervention som bestod av studiecirkel och workshops med diskussioner och stöd till ledarna. Resultatet av denna rapport visar att omvårdnadspersonalens diskussioner genomsyrades av ett holistiskt synsätt. De tyckte att det var viktigt att kunna läsa av den äldres kroppsspråk och kroppssignaler och att ha en god kommunikation med den äldre personen, men också med närstående och arbetskamrater. Det framkom att det är av stor vikt att de äldre personerna involveras i beslutsfattande som rör deras omvårdnad. Författarna till rapporten lyfter fram vikten av att all vård- och omsorgspersonal får utbildning i palliativ vård och stöd i att använda ett palliativt förhållningssätt i större utsträckning. Jag skulle vilja poängtera ledarskapets betydelse för att detta ska bli möjligt. Det är ledaren, i många fall en sjuksköterska, som kan skapa dessa möjligheter och är alltså helt avgörande för att skapa strukturer för att öka personalens möjligheter att även fokusera på existentiella frågor.

Kristianstad 2018-08-11

Anna-Karin Edberg, Leg sjuksköterska, professor i omvårdnad
Högskolan Kristianstad

INLEDNING

Äldre personer i behov av vård- och omsorg ökar (Folkhälsomyndigheten u.å.). De mest sjuka äldre bor och vårdas oftast vid vård- och omsorgsboende och är den plats där de flesta äldre personer avlider (Socialstyrelsen, 2016a). Palliativ vård är ett förhållningssätt i syfte att öka livskvaliteten för personer och deras familjer i samband med livshotande sjukdom genom att tidigt förebygga, upptäcka och lindra symtom och problem av såväl fysisk, psykisk, social som existentiell karaktär (WHO, 2002). Förhållningssättet kännetecknas av en helhetssyn på människan med respekt för personens självbestämmande, värdighet och att tillgodose deras individuella behov (EAPC, 2009). Det palliativa förhållningssättet har sina rötter från cancersjukvården och förknippas många gånger med cancersjukdom i livets slut (WHO, 2002). Det palliativa förhållningssättet anses emellertid lämpligt att använda till äldre personer vid vård- och omsorgsboende (WHO, 2011) och redan från den dagen den äldre flyttar in på boendet (Hallberg, 2004). Trots lämpligheten har studier visat att vården av äldre personer vid vård- och omsorgsboende inte förknippas med ett palliativt förhållningssätt (Beck, Törnquist och Edberg, 2014) och att den äldre upplevde avsaknad av inflytande över sin vård och att deras behov inte uppmärksammades (Summer Meranius, 2010). Enligt allmänna råd ska varje enskild ges möjlighet att leva ett värdigt liv och att deras självbestämmande respekteras (SOSFS 2012:3). Det palliativa förhållningssättet kan bidra till att den äldres värdighet respekteras och specialistutbildade distriktssköterskor har en viktig roll i att uppmärksamma, handleda och tillgodose omvårdnadspersonalens behov av stöd för att arbeta efter ett förhållningssätt där den äldres behov tillgodoses (Distriktssköterskeförening, 2008).

BAKGRUND

Att vara äldre definieras enligt Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) genom att personen fyllt 65 år och har uppnått pensionsåldern. Enligt Folkhälsomyndigheten (u.å.) ökar andelen äldre i Sveriges befolkning vilket innebär att en fjärdedel av invånarna beräknas vara 65 år eller äldre år 2050. Detta till följd av förbättrad hälsa. Statistiska centralbyrån (u.å.) visar att år 2016 var 21,4 procent av Sveriges befolkning 65 år eller äldre och 6,2 procent av befolkningen var 80 år eller äldre. En ökad livslängd innebär även sjukdom och funktionsförluster. Äldre personer beroende av vård- och omsorg klarar av olika anledningar som otrygghet och ett större behov av vård och omsorg ibland inte av att bo kvar hemma. Då kan den äldre erbjudas plats på ett vård- och omsorgsboende om en annan boendeform behövs (Regeringen, 2017). Regeringen (2008) definierar ett vård- och omsorgsboende som en boendeform för äldre där service och omvårdnad erbjuds dygnet runt. De föreslår att termen vård- och omsorgsboende ersätter den tidigare benämningen särskilt boende då namnet tydligare klargör vad boendeformen innebär. Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) anger att äldre har rätt att få leva tryggt och

självständigt och erbjudas stöd utifrån deras individuella behov. Socialstyrelsen anger i en rapport att de mest sjuka äldre anses vara äldre personer som är sköra, funktionshindrade, omsorgsberoende och/eller har omfattande sjukvårdsbehov och bor på ett vård- och omsorgsboende (Socialstyrelsen, 2011a). År 2015 bodde drygt 87 900 personer över 65 år på ett vård- och omsorgsboende vilket motsvarade cirka 4,5 procent av de äldre i Sverige (Socialstyrelsen, 2016b, Statistiska centralbyrån, u.å.). Av de som avled under 2012 i Sverige (n=83.712), avled 38,1% vid ett vård- och omsorgsboende (Håkansson, Öhlén, Morin & Cohen, 2015). Således är vård- och omsorgsboende en plats där äldre personer ska kunna leva den sista tiden i livet och få sina behov tillgodosedda men även en plats där äldre avlider.

Vård- och omsorgsboende för äldre personer ligger under kommunernas ansvar (Regeringen, 2017) och regleras i första hand av Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763). Vården och omsorgen som bedrivs på ett vård- och omsorgsboende består av två delar. Den ena delen är vård som regleras av Hälso- och sjukvårdslagen vilken sjuksköterskor arbetar efter och den andra är omsorgsdelen som regleras av Socialtjänstlagen vilken undersköterskor och vårdbiträden (hädanefter benämns dessa som omvårdnadspersonal) och enhetschefen arbetar efter (Socialstyrelsen, 2006). De äldre som bor på ett vård- och omsorgsboende har beviljats plats på boendet då de har ett omfattande behov av omsorg och/eller vård och är beroende av närhet till omvårdnadspersonal (Socialstyrelsen, 2011b). Äldre som bor på vård- och omsorgsboende har i genomsnitt tre sjukdomar varav den vanligaste är demenssjukdom (Ernsth-Bravell et al, 2011). Att bli äldre kan innebära att leva med sjukdom och att kroppen blir svagare och mindre pålitlig. Förutom kroppsliga förändringar som åldrandet medför kan den äldre få en känsla av att vara värdelös, ointressant och en börda för andra (Bullington, 2010). Studier visar att äldre personer vid vård- och omsorgsboende upplever att kroppen inte längre fungerar som den brukat och att de förlorar sin självständighet (Franklin, Ternestedt & Nordenfeldt, 2006) och att flytten till boendet begränsar dem fysiskt, psykiskt och socialt (Sainio & Hansebo, 2008). Fysiska begränsningar som innebar att vara beroende av hjälp från andra och att behöva anpassa sig efter omvårdnadspersonalen (ibid). För att bevara sin värdighet önskade de äldre att de blev sedda och respekterade av omvårdnadspersonalen som den person de en gång var (Franklin et al., 2006). Även Socialstyrelsen (2014) uppger att äldres livssituation påverkas när de blir beroende av omvårdnadspersonal. Att de äldre har inflytande och är delaktiga i sin vård är grundläggande för att de ska kunna påverka sin livssituation och behålla en hög grad av självbestämmande. Summer Meranius (2010) visade i sin avhandling att när de äldre blev sjuka kunde de uppleva kroppen som främmande. Enligt Regionalt cancercentrum (2016) ställs äldre personer som närmar sig livets slut inför fysiska, psykiska, sociala och existentiella symtom och problem, det vill säga palliativa behov som behöver uppmärksammas. För att uppmärksamma palliativa behov och ge personcentrerad vård kan modellen de 6 S:n användas (Ternestedt,

Henoch, Österlind och Andershed, 2017). Modellen innefattar att utifrån personens vilja och behov främja personens självbild, främja självbestämmandet, främja sociala relationer, främja god symtomlindring, främja känslan av sammanhang och främja personens egna strategier att förhålla sig till döden (ibid). Kvalitativa studier visar att omvårdnadspersonalen har svårigheter att samtala med den äldre om känslomässiga och existentiella aspekter och prioriterar vardagliga uppgifter och fysiska behov (Beck, Törnqvist, Broström & Edberg, 2012; Österlind, Hansebo, Andersson, Ternestedt & Hellström, 2011). Då många äldre personer vårdas den sista tiden i livet och avlider på vård- och omsorgsboende är det angeläget att ett palliativt förhållningssätt används för att uppmärksamma fysiska, psykosociala och existentiella behov.

Den största yrkesgruppen på vård- och omsorgsboende består av undersköterskor och vårdbiträden. Deras arbete riktar sig mot att ge de äldre god omsorg med hög kvalitet (Socialstyrelsen, 2006). Socialstyrelsen (2011c) betonar vikten av att äldre personer känner sig trygga med omvårdnadspersonalens kompetens samt ges ett respektfullt bemötande för ett tryggt och värdigt liv. Således är omvårdnadspersonalens kompetens och bemötande av betydelse för den äldres upplevelse av värdighet och graden av självbestämmande under den sista tiden i livet.

Omvårdnadspersonalen har till uppgift att hjälpa de svårt sjuka äldre med deras vård- och omsorgsbehov och är de som utför mycket av det praktiska vård- och omsorgsarbetet. Dessutom har de till uppgift att tillgodose äldres behov av palliativ vård. Törnqvist (2004) beskrev i sin avhandling att det även ingår att utföra av sjuksköterskan delegerade arbetsuppgifter som läkemedelsadministration och omläggning av sår. Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) är det enhetschefen vid vård- och omsorgsboendet som ansvarar för omvårdnadspersonalens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete men även att följa upp deras arbete med hänsyn till kompetens och erfarenhet. Vidare anges att enhetschef tillsammans med sjuksköterska har till uppgift att tillgodose den äldres behov och stödja omvårdnadspersonalen att genomföra ett vårdarbete av god kvalitet anpassad efter den äldres behov (ibid). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) framgår det att sjuksköterskor genom teamarbete ska ta tillvara på omvårdnadspersonalens kompetens och tillsammans med dessa arbeta utifrån en helhetssyn på den äldre personen och möjliggöra äldres delaktighet. Genom god kommunikation mellan äldre, omvårdnadspersonal och närstående skapas möjlighet att ta tillvara på tillgängliga resurser hos den äldre (Socialstyrelsen, 2013). I en litteraturgenomgång (Socialstyrelsen, 2006) framgår att omvårdnadspersonalen även behöver arbeta utifrån en helhetssyn för att den äldre ska känna värdighet och självbestämmande. Nationellt vårdprogram för palliativ vård i livets slutskede (Regionalt cancercentrum, 2016) beskriver att all omvårdnadspersonal behöver ha kunskap om och erbjudas handledning och utbildning i palliativ vård. Enligt skolverkets författningssamling (SKOLFS 2010:48) finns det dock inget krav på att vård och omsorgsutbildning ska innehålla geriatrik, gerontologi eller palliativ vård.

Den palliativa vården beskrivs ofta utifrån fyra centrala hörnstenar; symtomlindring, samarbete mellan olika yrkesgrupper, kommunikation och relation samt stöd till närstående. Symtomlindring innefattar att lindra symtom. Samarbete innebär teamsamverkan där olika yrkeskategorier som arbetar nära de äldre samarbetar och ska kunna konsulteras sinsemellan vid behov (Socialstyrelsen, 2013). Det palliativa förhållningssättet går i linje med socialtjänstens värdegrund som anger att omvårdnadspersonal behöver inta ett förhållningssätt som bjuder in de äldre att föra sin talan. Enligt Hallberg (2004) är det palliativa förhållningssättet tillämpligt redan från den första dagen i den dagliga omvårdnaden på vård- omsorgsboende. Regionalt cancercentrum (2016) betonar att omvårdnadspersonalen kan behöva utbildas i detta förhållningssätt där stöd och engagemang från allmänsjuksköterskor och inte minst från specialistsjuksköterskor såsom distriktssköterska kan bidra till ökad delaktighet för den äldre. För att arbeta utifrån ett palliativt förhållningssätt behövs således kunskap men också samarbete mellan yrkesgrupper.

Samtlig omvårdnadspersonal som möter död och döende och arbetar vid vård- och omsorgsboende behöver ha kunskap om palliativ vård och förhållningssättet som det grundas på (Socialstyrelsen, 2011a; Socialstyrelsen, 2013). Följaktligen är det betydelsefullt att kunskaper från den palliativa vården används för att på så sätt ge omvårdnadspersonalen möjlighet att öka den äldres välbefinnande och värdighet. Beck, Törnquist och Edberg (2014) visade i en intervjustudie att omvårdnadspersonal på vård- och omsorgsboende som deltog i studiecirkel med fokus på ett palliativt förhållningssätt fick ökad insikt om deras betydelse för den äldre. En ökad kunskap om det palliativa förhållningssättet ledde till att de förstod att förhållningssättet kunde användas redan från dagen de äldre flyttade in på boendet och fram till livets slut. Det framkom också att de upplevde att de inte fick tillräckligt stöd från ledningen att arbeta efter ett palliativt förhållningssätt.

År 2013 kom Socialstyrelsen ut med ett nationellt kunskapsstöd för palliativ vård i livets slutskede där vikten av att erbjuda fortbildning och handledning i palliativ vård till omvårdnadspersonal betonades (Socialstyrelsen, 2013). Det är en utmaning för omvårdnadspersonal vid vård- och omsorgsboende att uppmärksamma äldres behov. Att fortsätta uppmärksamma ett palliativt förhållningssätt bland omvårdnadspersonalen på vård- och omsorgsboenden är väsentligt för att ge dem det stöd som de behöver för att arbeta utifrån ett palliativt förhållningssätt. För att sjuksköterskor på ett adekvat sätt ska kunna stödja omvårdnadspersonalen i deras arbete behövs det ökad kunskap om omvårdnadspersonals uppfattningar vad de gör och kan göra för att vårda äldre utifrån ett palliativt förhållningssätt.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva omvårdnadspersonalens uppfattningar om vad de gör och kan göra för att uppmärksamma och tillgodose äldres behov på vård- och omsorgsboende utifrån ett palliativt förhållningssätt.

METOD

Design

Studien har en kvalitativ studiedesign med induktiv ansats. Kvalitativ studiedesign är lämplig då kunskap utifrån berättelser och subjektiva uppfattningar inhämtas. Kännetecknen för kvalitativ forskning är att forskaren utgår ifrån ett holistiskt perspektiv samt att forskaren är flexibel och följsam mot deltagare, miljö och eventuella förändringar som kan uppstå (Polit & Beck, 2012). Studien är en mindre del i ett större projekt "Palliativ vård och omsorg- stöd till personalen" som genomfördes under 2008-2011. En del i projektet var att stödja omvårdnadspersonalen i ett palliativt förhållningssätt genom att fokusera på relationsmässiga, känslomässiga och existentiella aspekter i studiecirkelformat. I samband med studiecirkelarna samlades även data in i form av fokusgruppdiskussioner. Eftersom det kom ett nytt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede 2013 som riktade sig till personal inom vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2013) kompletterades befintliga data med ytterligare en fokusgruppdiskussion då omvårdnadspersonal efter det nya kunskapsstödet kan ha fått ändrade uppfattningar om att vårda äldre utifrån ett palliativt förhållningssätt.

Kontext

I kommunerna finns både privata och offentliga aktörer för äldreomsorg. Studien genomfördes vid ett offentligt vård- och omsorgsboende i ett samhälle i nordöstra Skåne (ca 13. 000 invånare). Interventionen med studiecirkel och fokusgruppdiskussioner genomfördes vid tre offentliga vård- och omsorgsboende i tre stadsdelar i en större stad i södra Sverige (ca 300 000 invånare). Vård- och omsorgsboenden är kommunens ansvar, drivs av omsorgsförvaltningen och den äldre beviljas lägenhet på ett vård- och omsorgsboende genom biståndsbeslut (Socialtjänstlagen, SoL: 2001:453). På vård- och omsorgsboende arbetar omvårdnadspersonal som undersköterska och vårdbiträde i samarbete med legitimerad personal såsom sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut. Sjuksköterskan är ansvariga för den äldres omvårdnad och medicinska insatser, till exempel sårvård och administration av läkemedel. Under ledning av enhetschef och sjuksköterska arbetar utför omvårdnadspersonal mycket av det praktiska omvårdnadsarbetet. Omvårdnadspersonal utför även av sjuksköterska delegerade medicinska uppgifter som läkemedelsadministration.

Urval

Ett bekvämlighetsurval användes för att välja ut vård- och omsorgsboende till den kompletterande datainsamlingen. Ett bekvämlighetsurval innebär enligt Polit och Beck (2012) att lättast tillgängliga boende som uppfyller inklusionskriterierna inkluderas i studien. I detta fall valdes ett vård- och omsorgsboende i en av nordöstra Skånes kommuner. Ett ändamålsenligt urval användes för att välja ut deltagare till studien. Detta innebär att urvalet av deltagare sker utifrån om de är lämpliga för att få svar på studiens syfte (Polit & Beck, 2012). Urvalskriterierna för deltagande i studien var att få en variation av deltagare avseende kön, ålder, dag och nattskiftsarbetare och arbetslivserfarenhet. Inklusionskriterier var undersköterskor eller vårdbiträden som hade en tillsvidareanställning alternativt ett vikariat och hade arbetat på vård- och omsorgsboendet i minst sex månader. Till den kompletterande fokusgruppdiskussionen medverkade slutligen två av sex intresserade informanter. Fyra som visat intresse för att delta anmälde sent samma dag att de fått förhinder att delta på grund av ledighet och personalbrist i verksamheten. De kvarvarande informanterna hade båda genomgått undersköterskeutbildning, var 50 respektive 60 år gamla och hade en arbetserfarenhet på 25 respektive 34 år. Informanterna var kvinnor, hade tillsvidareanställning och tjänstgjorde dagtid på 100 respektive 90 procent och hade extra uppdrag inom områdena aktivitet, kost och larm och hade genomgått utbildning i palliativ vård efter att kunskapsstödet för palliativ vård kom.

Urvalet av deltagare som genomfördes i samband med datainsamlingen 2010 var ett bekvämlighetsurval. En till två omvårdnadspersonal från 13 olika vård- och omsorgsboenden (n=88) fick frivilligt erbjuda sig att delta i en fokusgruppdiskussion och representera gruppens uppfattningar från studiecirkelarna de deltagit i. Övervägande delen av omvårdnadspersonalen som deltagit i studiecirkelarna var undersköterskor (86,2%), hade en medelålder på 45 år och medelvärde gällande arbetserfarenhet var 18 år. Majoriteten av omvårdnadspersonalen var kvinnor (83 %) och lite mindre än hälften arbetade heltid (47 %).

Tillvägagångssätt

För att rekrytera omvårdnadspersonal kontaktades enhetschefen genom ett personligt besök på boendet och informerades om studien. Efter inhämtat muntligt tillstånd överlämnades skriftlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt samt skriftligt tillstånd inhämtades. Med enhetschefens godkännande att genomföra studien gav författarna (L.A. & A-K.M) muntlig och skriftlig information till omvårdnadspersonal vid det aktuella boendet vid respektive arbetsgrupps arbetsplatsträff. Studiens författare framförde också att fokusgruppdiskussionen kommer att genomföras som ett samtal mellan omvårdnadspersonalen där de ombeds berätta om sina erfarenheter av att uppmärksamma och tillgodose äldres behov samt bevara deras självbestämmande utifrån ett palliativt förhållningssätt. Information gavs även om att diskussio-

nen kommer att spelas in på band samt att det fanns möjlighet att avbryta eller avstå studien om de önskade. Sex omvårdnadspersonal visade intresse av att delta studien och deras kontaktuppgifter antecknades. Enhetschefen föreslog lämplig tid och plats för fokusgruppdiskussionen. Dagen innan planerad fokusgruppdiskussion meddelade enhetschefen via e-mail att fokusgruppdiskussionen var inställd på grund av personalbrist. Ny tid avsattes vid ett senare tillfälle av enhetschefen. Fokusgruppdiskussionen ägde rum under arbetstid i ett avskilt rum på vård- och omsorgsboendet. Formulär för informerat samtycke undertecknades innan fokusgruppdiskussionen.

Samtlig personal som deltog i fokusgruppdiskussionerna i samband med studiecirkelarna hade fått muntlig och skriftlig information om studien och frivilligheten att delta. Verksamhetscheferna var informerade om studien och gett skriftligt samtycke till studiens genomförande. För att rekrytera omvårdnadspersonal till fokusgruppdiskussionerna i samband med studiecirkelarna utsåg respektive studiecirkelgrupp (n=13) en till två representanter för studiecirkelgruppen.

Datainsamling

I denna studie består data av sju fokusgruppdiskussioner, varav sex av dem genomfördes under 2010. Den kompletterande datainsamlingen skedde i form av en fokusgruppsdiskussion som genomfördes i december 2017. En fokusgruppsdiskussion är enligt Kreuger och Casey (2009) lämplig att använda för att få information om deltagarnas inställning, känslor, erfarenheter och upplevelser. Vidare klargör de att fokusgruppsdiskussioner kan skapa nya idéer, kan ge utrymme för åsikter och alla deltagares förslag och åsikter är viktiga. Kreuger och Casey (2009) rekommenderar att fokusgruppdiskussionen leds av en moderator vars funktion är att ställa frågor och ansvara för genomförandet samt att en observatör är närvarande vars funktion är att följa diskussionen och anteckna väsentlig information. I den kompletterande fokusgruppsdiskussionen användes en intervjuguide med öppna frågor relaterade till studiens syfte (Bilaga 1). Intervjuguiden användes för att hålla fokus till studiens ämne. Fokusgruppdiskussionen spelades in med hjälp av en diktafon som höll god ljudkvalitet. Fokusgruppdiskussionen inleddes med att studiens författare (L.A. & A-K.M.) beskrev studiens syfte samt kort informerade om palliativ vård och palliativt förhållningssätt. Under fokusgruppdiskussionen agerade en av författarna moderator (L.A.) och var den aktiva som ställde frågor utifrån intervjuguiden och den andre författaren (A-K.M.) agerade observatör, var uppmärksam på interaktionen mellan de två deltagarna och vid behov ställde frågor för förtydligande. Moderatorn ställde följdfrågor utifrån intervjuguiden för att ge deltagarna möjlighet att förtydliga och berätta mer om ämnet. Fokusgruppsdiskussionen avslutades med att deltagarna sammanfattade och reflekterade över diskussionen samt att de fick möjlighet att lägga till ytterligare information. Fokusgruppsdiskussionen tog 82 minuter och transkriberades veckan efter genomförd fokusgruppdiskussion. Deltagarna i den kompletterande intervjun ombads att fylla i

ett formulär med demografiska data avseende ålder, antal arbetade år inom vård- och omsorg av äldre, antal arbetade år vid boendet och genomgången utbildning. Transkriberingen gjordes av studiens författare (L.A. & A-K.M.) genom att lyssna på ljudfilerna och sedan skriva ned så noggrant och så nära talspråk som möjligt.

Tidigare inspelat material bestod av sex fokusgruppsdiskussioner med två till sex deltagare. Intervjuerna genomfördes i enskilt rum på eller i anslutning till arbetsplatsen. Studiecirkelledaren fungerade som en moderator för fokusgruppsdiskussionen medan en sjuksköterska och enhetschefen som också deltog i fokusgruppsdiskussionen skulle ha en mer inlyssnande roll till det omvårdnadspersonalen diskuterade. Intervjuguiden bestod av två öppna frågor (Bilaga 2). Ljudmaterialet bestod av totalt 25 timmars inspelat ljudmaterial och transkriberades under sommaren/hösten 2017 av två av författarna (L.A. & A-K.M.). Insamlad data i form av ljudfiler och tillhörande transkriberat material oidentifierades genom att namnge dessa med koderna 1-7 i kronologisk ordning utifrån när i tiden de genomförts.

Analys

Vid analys av texten användes konventionell kvalitativ innehållsanalys. Konventionell kvalitativ innehållsanalys karaktäriseras av att det är en induktiv analys som lämpar sig väl till analys av data inom ett område med begränsad kunskap. Analysen är även lämplig då syftet är att få en förståelse för fenomenet som studeras (Hsieh & Shannon, 2005). Analysen inleddes med att tidigare insamlat datamaterialet lästes igenom av samtliga författare var för sig för att få en helhetsbild och förståelse för innehållet. I ett andra steg markerades och flyttades de meningsenheter som motsvarade studiens syfte över till en översiktstabell för att i ett tredje steg kodus utifrån vad de handlade. I ett fjärde steg fördes koder med tillhörande meningsenheter som hade likheter samman och bildade kategorier och huvudkategorier. Det tidigare datamaterialet och det kompletterade datamaterialet hölls åtskilda. Kodningen och sorteringen av de båda datainsamlingarna gick fram och tillbaka för att slutligen bilda ett övergripande tema med tre huvudkategorier med tillhörande kategorier. I femte och slutliga steget analyserades det kompletterande datamaterialet. Det resulterade inte i några nya kategorier utan passade väl in i kategoriseringen av det tidigare insamlade datamaterialet. I det första, fjärde och femte steget deltog samtliga författare. Det andra och tredje steget genomfördes i huvudsak av två författare (L.A. & A-K.M.).

Förförståelse

Förförståelse handlar om vad forskaren har med sig vid datainsamling och analys av data. Det kan vara svårt att befria sig ifrån förutfattade meningar och tidigare kunskap inom området, därför är det viktigt att vara medveten om sin förförståelse eftersom den annars omedvetet kan påverka studiens resultat (Henricson & Billhult, 2012). För att öka studiens trovärdighet är det viktigt att vid genomförandet av studien reflektera

över sin roll och förförståelsen (Graneheim och Lundman (2004). Två av författarna har fjorton (L.A.) respektive tio (A-K.M.) års erfarenhet av arbete inom äldreomsorgen, först som undersköterskor och sedan som sjuksköterskor med erfarenhet av att vårda äldre personer i livets slut. Det medför att författarna har en bild av fenomenet som studeras. Författarna har genomgående strävat efter att inte låta förförståelsen styra datainsamling och analysarbete. Den tredje författaren (I.B.) har arbetat som sjuksköterska inom specialiserad palliativ vård och har erfarenhet av forskning inom vård av äldre och palliativ vård.

Etiska överväganden

Ansökan om etikprövning för kompletterande datainsamling lämnades för godkännande vid Högskolan Kristianstad som innefattade en sammanfattning av projektarbetet, relation till deltagare och risk/nytta med studien. En redogörelse av de etiska kraven var inkluderade i ansökan. Vetenskapsrådet (u.å.) behandlar fyra huvudkrav vid forskning: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet beaktades genom att enhetschefen och informanter erhöll både skriftlig och muntlig information om studiens syfte och därefter undertecknat samtycke om att delta. Samtyckeskravet beaktades med information om att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta när de ville, samt att beroendeförhållanden mellan författare och vårdpersonal undveks. Konfidentialitetskravet genom att personuppgifter och inhämtat material förvaras på ett säkert ställe där obehöriga ej kan ta del av det samt att de inte kan identifieras. Nyttjandekravet beaktas med upplysning till deltagarna att deras personuppgifter endast kommer att användas till detta ändamål.

Det tidigare utförda forskningsprojektet har granskats av Regionala etikprövningsnämnden i Lund och enligt rådgivande beslut (Dnr 2009/527) bedömdes studien inte vara i behov av något etiskt godkännande, enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460 med senare ändringar).

RESULTAT

Genom analysen framträdde ett tema med tre huvudkategorier med tillhörande kategorier vilka beskriver omvårdnadspersonals uppfattningar vad de gör och kan göra för att uppmärksamma och tillgodose äldres behov utifrån ett palliativt förhållningssätt. Huvudkategorier och kategorier ledde fram till det övergripande temat *att möta den äldre utifrån dennes tankar, känslor och värderingar* (figur 1). Kategorierna presenteras med mål att beskriva variationen av uppfattningar som framkom. Detta innebär att samma uppfattningar kan finnas representerade under flera kategorier.

Att möta den äldre utifrån dennes tankar, känslor och värderingar		
Att lära känna den äldre	Att sörja för den äldres angelägenheter	Att den äldre ges valmöjligheter
Att samtala för att uppmärksamma behov	Att samtala för att tillgodose behov	Att erbjuda valmöjligheter
Att läsa av kroppsspråk och kroppssignaler	Att vara närvarande i mötet med den äldre	Att vara talesperson för den äldre
Att diskutera den äldres behov	Att underlätta aktiviteter	Att låta närstående få bli den äldres talesperson
Att ta del av dokumentation	Att bibehålla livsstilen	

Figur 1. Oversikt över tema, huvudkategorier och kategorier

Att möta den äldre utifrån dennes tankar, känslor och värderingar

Det övergripande intrycket vid genomläsningen av texten var att informanterna uppfattade det betydelsefullt att möta den äldre utifrån dennes tankar, känslor och värderingar. I mötet ansåg informanterna det betydelsefullt att lyssna på och bekräfta och samtidigt stödja den äldre genom att vara närvarande. Lyssnandet och samtal med den äldre innebar att den äldres behov kunde fångas upp. Att erbjuda den äldre valmöjligheter var väsentligt för att den äldres självbestämmande skulle kunna upprätthållas samt för att den äldres skulle kunna bibehålla sin självbild.

Att lära känna den äldre

Att lära känna den äldre innefattade kategorierna att samtala för att uppmärksamma behov, att läsa av kroppsspråk och kroppssignaler, att diskutera den äldres behov och att ta del dokumentation.

Att samtala för att uppmärksamma behov

Informanternas uppfattning var att genom att småprata, lyssna och ställa frågor till den äldre kunde de uppmärksamma den äldres psykiska, sociala och existentiella behov. Det framkom att samtal var en betydelsefull del i det palliativa omvårdnadsarbetet och uppfattningen var att de var lika viktigt som att utföra uppgifter, som att städa ett rum. Samtal uppfattades som en central del för att den äldre skulle känna sig sedd. Samtal

ägde ofta rum under tiden omvårdnadsarbete genomfördes men även vid måltidssituationer och fikastunder:

Men efter eftermiddagskaffe så är det en jättebra tid att man snackar om något för vi har suttit på vår avdelning eftermiddag och man börjar prata om vad som helst så man ibland blir förvånad när, hur de öppnar sig och pratar. (Fokusgruppdiskussion 2).

Samtal om döden och den äldres önskemål om sin begravning var exempel på existentiella frågor som kunde komma på tal. Det framkom även att informanterna uppfattade att många äldre var rädda och inte ville samtala med dem om existentiella frågor så som tankar och funderingar om döden. Vidare uppfattade informanterna att en del äldre hade svårigheter att prata inför andra boende och föredrog att prata enskilt med dem. Då svårigheter fanns att samtala inför andra boende uppfattades att den äldre hade psykiska behov i form av osäkerhet och otrygghet samt oro för att inte bli sedd och förstådd av omgivningen. Uppfattningen var att även när informanterna bjöd in till existentiella samtal ville en del äldre inte medverka i sådana samtal. Informanterna kunde bjuda in till samtal om existentiella frågor då någon på vård- och omsorgsboendet avlidit. Då kunde de uppmuntra till samtal om döden, vid kaffestunden, med strävan att få med de äldre i samtalet. Uppfattningen var att den äldres önskan var att bli informerad om dödsfallet och omvårdnadspersonalens försök till samtal om den avlidne oftast var uppskattat.

En uppfattning var också att det var betydelsefullt att verkligen lyssna aktivt på den äldre och lyssna efter det som inte blev sagt för att tillfredsställa deras behov av att ha någon att samtala med.

Ibland kan det kanske räcka att lyssna på vad de gamla har att säga om döden faktiskt, om man nu inte skulle kunna relatera till det själv, de kunde lyssna, finnas där. (Fokusgruppdiskussion 4).

En informant beskrev ett aktivt samtal:

Vara lyhörda... tyda, är att vara engagerad att vara här och nu, och titta och observera vad är det för någonting, även om de säger en sak så kanske de menar någonting helt annat. Eller framförallt de som inte kan säga någonting. Vad är det egentligen hon vill? (Fokusgruppdiskussion 3).

Att läsa av kroppsspråk och kroppssignaler

Informanterna uppfattade att de kunde läsa av den äldres kroppsspråk och kroppssignaler för att uppmärksamma den äldres fysiska, psykiska och existentiella behov. En uppfattning var att de läste av kroppsspråk under omvårdnadsarbetet men även när de utförde andra sysslor och fick syn på den äldre exempelvis när de passerade den äldre i

korridoren. Det som kunde läsas av från den äldres kroppsspråk var personens sinnesstämning exempelvis om personen var glad, ledsen, orolig eller rädd. Detta indikerade om de hade behov av bli bekräftade och att få emotionellt stöd eller ej. Det var även möjligt att läsa av kroppssignaler i form av hudrodnad i samband med omvårdnadsarbete vilket indikerade ett fysiskt behov av exempelvis lägesändringar. Uppfattningen var att det var lättare att läsa av den äldres sinnesstämning när de kände den äldre personen väl. Att läsa av den äldres kroppsspråk uppfattades som betydelsefullt speciellt när de mötte äldre personer som med ord inte kunde uttrycka sig, då kunde de ändå lista ut vad den äldre ville. Informanterna uppfattade att de såg att den äldre kunde vara orolig och rädd och att den äldre kanske funderade och tänkte på existentiella frågor som döden vilket visade att de hade behov av att ge uttryck för sina känslor.

Men man kan se lite grann på deras kropp. Och blick och ögon, kroppsspråket liksom även om de inte kan uttrycka sig. (Fokusgruppdiskussion 2).

det kan jag också se när jag går förbi henne att hon inte ser ut att må bra... men det är svårt för de kan inte uttrycka sig. Precis som du säger så kan jag också se att hon har fått en lättnad... för hon har blivit lugnare på dagen... (Fokusgruppdiskussion 6).

Att diskutera den äldres behov

För att bättre kunna uppmärksamma den äldres behov diskuterade omvårdnadspersonalen den äldre personen i arbetsgruppen. Det resonerades bland annat om vikten av att respektera och acceptera den äldres önskemål och behov samt att vara professionell, flexibel och öppen.

Informanterna beskrev att genom öppenhet i arbetsgruppen kunde de diskutera hur de skulle arbeta i enlighet med ett palliativt förhållningssätt. En god kommunikation omvårdnadspersonalen emellan ansågs betydelsefullt för ett trivsamt arbetsklimat och att de i arbetsgruppen kunde lyfta upp om den äldres behov inte uppmärksammades.

Alla bidrar med någonting som bildar en helhet. Mm. Alltså det är ju verkligen a och o och det är den boende som är i fokus eller som kommer i första hand. Ja, kommunikation med mellan, alltså personalen är jätteviktigt. (Fokusgruppdiskussion 2).

Att respektera och acceptera den äldres önskemål och behov uppfattades som en självklarhet samtidigt som den äldre skulle behandlas respektfullt. En annan uppfattning var att omvårdnadspersonalen kunde ha olika värderingar och det ansågs väsent-

ligt att acceptera både den äldres men även omvårdnadspersonalens olika åsikter om omvårdnadsarbetet. Då äldre på vård- och omsorgsboende hade olika nationaliteter och inte kunde tala flytande svenska kunde omvårdnadspersonalen ha svårigheter att få reda på existentiella behov som önskemål exempelvis var de ville dö, omhändertagande av kroppen och begravningssätt. En önskan som framkom var att ha skriftlig information om omhändertagande av avlidna i relation till religionstillhörighet. Detta för att undvika eventuella missförstånd vid omhändertagande av den avlidne och informanterna ansåg även att det vore respektfullt att ha kännedom om den äldres religionstillhörighet. Informanterna diskuterade även att de önskade mer utbildning i religionsfrågor för att kunna tillgodose den äldres existentiella behov på ett professionellt sätt. Det framkom att informanterna ansåg att de fått utbildning för att kunna tillgodose de äldres fysiska behov såsom munhälsa och nutrition men att kunskap inom psykisk ohälsa och hur de kan samtala med den äldre om existentiella frågor saknades. Med hjälp av sådan utbildning menade informanterna att de ytterligare kunde utveckla sina kunskapsområden och ändra sitt tankesätt gällande den äldres omvårdnad utifrån ett palliativt förhållningssätt. De uppfattade också att kunskapsutbyte omvårdnadspersonal emellan vägde tungt och att det därför var positivt med ett blandat arbetslag där äldre kollegor bidrog med erfarenhet och yngre bidrog med nya idéer.

Att ta del av dokumentation

Att tillämpa dokumentationen i det dagliga omvårdnadsarbetet uppfattades som ett viktigt sätt för att ta del av den äldres behov framförallt efter ledighet och inför det första vårdtillfället. Dokumentationen ansågs som ett betydelsefullt hjälpmedel för att ge den äldre den omvårdnad denne var i behov av och därmed kunna inge trygghet. Förändringar i den äldres hälsotillstånd dokumenterades skriftligt för att därefter muntligt rapporteras till varandra. Det ansågs värdefullt att se den äldre bakom det skrivna ordet för att bilda sig en uppfattning om och förstå den äldres fysiska, psykiska och sociala behov. I den äldres levnadsberättelse som fanns dokumenterad kunde de läsa om personens liv, vanor och önskemål.

Levnadsberättelserna, där kommer ju mycket fram, alltså hur de har varit och hur de vill ha de, att de själva får möjlighet att tycka till, likadant vid ankomsten att det är jätteviktigt att ta det på allvar, att det finns dokumenterat på ett tydligt sätt, inte på ett handskrivet papper som kastas in i ett skåp och blir liggandes och glöms bort, utan här ska det ständigt revideras ju. (Fokusgruppdiskussion 3).

Uppfattningar var att vikarier ansåg att dokumentationen inte alltid var tillgänglig vilket ledde till att de inte kunde ta del av informationen om den äldres hälsotillstånd. Informanterna uppfattade att då vikarierna inte hade tillgång till dokumentationen ledde det till att vikarierna blev frustrerade och fick en känsla av otillräcklighet när de inte kunde utföra god omvårdnad. Otillgänglig dokumentation ansågs försvåra för

vikarierna att kunna uppmärksamma palliativa behov. En önskan var att all omvårdnadspersonal som arbetade på vård- och omsorgsboendet skulle ha full tillgång till dokumentation gällande den äldre.

Att sörja för den äldres angelägenheter

Att sörja för den äldres angelägenheter innefattade kategorierna *att samtala för att tillgodose behov, att vara närvarande i mötet med den äldre, att underlätta aktiviteter och att bibehålla livsstilen.*

Att samtala för att tillgodose behov

Genom samtal kunde informanterna tillgodose den äldres behov av att prata om olika ämnen såsom tidigare händelser i livet, deras familj, resor som de genomfört och existentiella frågor.

Det framkom att även om det inte fanns något "facit" för hur de skulle prata med den äldre, var det av stor vikt att lyssna på den äldre och att verkligen ge tid för samtal. Att samtala med den äldre innebar ofta att inte prata själv utan att låta den äldre uttrycka sig. Detta för att skapa trygghet och tillit. Genom ett engagerat samtal var informanternas uppfattning att den äldre kunde beskriva sina funderingar och då blev det lättare att tillgodose palliativa behov. Genom att ställa frågor, invänta svar och lyssna kunde de underlätta vardagen för den äldre genom att exempelvis erbjuda hjälp att hantera vardagliga saker. Informanterna beskrev att det var lättare att prata om praktiska saker än att prata om emotionella och existentiella behov eftersom de inte visste vad de skulle säga. Uppfattningen var att om inte den äldre själv tog initiativ till existentiella samtal så var det lätt att de själva undvek sådana samtal.

...ja som den här mannen där inne han sa det här en gång till mig, jag har ju cancer och jag ska dö och då tänker man att någonstans vill han ju prata om detta. Och då sa jag, ja så är det ju... och hur känner man inför det... för då tänkte jag då får ju han berätta men annars tar man väl inte upp... nej inte de om inte visar tecken att de vill prata om det. (Fokusdiskussion 7).

Uppfattningen var att samtal var betydelsefullt men att det ofta var ont om tid på grund av hög arbetsbelastning vilket medförde att andra arbetsuppgifter prioriterades istället för samtal. Informanternas vilja var att avsätta tid för samtal med den äldre även om det var tidsbrist.

Det är helt klart att någon sitter och pratar med den äldre om det behövs. (Fokusgruppdiskussion 2).

I vissa situationer kunde det vara svårt att samtala med den äldre exempelvis när de inte var svensktalande eller när de hade en annan kulturell bakgrund än dem själva.

Uppfattningen var att språkbarriärer kunde utgöra ett hinder för att utföra omvårdnad utifrån ett palliativt förhållningssätt då de inte förstod den äldres önskemål. Detta beskrevs som:

...jag har jättesvårt att förstå vad han säger, vad han vill det är klart man... så många gånger, det är kommunikation där mellan, förstår man inte med en gång blir det fel, men hittar man en liten punkt som han tycker om är det bra. Men där är det lite besvärligt med språket också. Jo. Han pratar danska. Det kan bli lite knepigt ja... (Fokusgruppdiskussion 3).

Vid livets slutskede fanns tillgång till extravak vilket inte alltid var det den äldre önskade. I vissa fall fick omvårdnadspersonalen tydliga besked av den äldre att denne inte önskade ha någon hos sig vid dödsögonblicket. Det uppfattades som svårt då de inte hade kännedom om hur den äldre mådde, vad denne hade för behov och att de utifrån det palliativa förhållningssättet lärt sig att den äldre inte skulle behöva dö ensam. Informanterna beskrev att de arbetade mot ett gemensamt mål som var att den äldre inte skulle behöva lida eller lämnas ensam. Fokus lades på att vara närvarande och finnas till hands för den äldre, något som beskrevs vara en huvuduppgift inom palliativ vård.

Att vara närvarande i mötet med den äldre

Att vara närvarande som stöd både fysiskt och psykiskt ansågs vara en väsentlig del i omvårdnadsarbetet för att tillgodose den äldres palliativa behov. Uppfattningen var att deras fysiska närvaro var betydelsefull för den äldre då denne kände sig ensam. Att hålla den äldre i handen och sitta ner tillsammans uppfattades ge trygghet. Genom att "fånga" stunder med den äldre kunde de samtidigt som de tillgodosåg behov av närvaro se den äldres karaktärsdrag och upptäcka personen. Att vara tillsammans med den äldre uppfattades betydelsefullt då informanterna kände att de var närvarande i mötet och att den äldre då blev sedd. Detta gällde både när de var själva med den äldre men även när de äldre satt tillsammans i grupp. Att känna av situationen och anpassa sig i mötet med den äldre uppfattades som en självklarhet:

Det är ju viktigt att de blir sedda... en klapp på axel så man inte liksom går förbi en [boende]... den lilla leder till det stora till sist. Jag menar det vi vill göra är att frigöra tid för att vi skulle kunna sätta oss och prata 5 minuter. (Fokusgruppdiskussion 3).

Ja där sprang jag förbi henne igen, så där kunde man nästa gång, så försöker jag liksom svara henne, stanna upp en liten stund och ja, jo det är kväll och tiden går och ja, då ser man hur nöjd hon blir för att hon fick den kontakten och den stunden, och det kan bara handla om en halv minut, eller en minut att man bekräftar henne. (Fokusdiskussion 7)

För att den äldres behov av närvaro skulle bli tillgodosedda ansågs tidsbrist vara ett hinder. De flesta uppfattade att de inte räckte till när flera äldre personer sökte uppmärksamhet samtidigt vilket ledde till att den äldres sociala behov inte tillfredsställdes. Tidsbristen uppfattades stressande då vetskapen om att behöva lämna den äldre utan hjälp en längre stund påverkade omvårdnadspersonalen negativt. Trots tidsbrist ansåg omvårdnadspersonalen att de gjorde sitt bästa utifrån situationen. Uppfattningen var att deras fokus skulle vara på den äldre och att de önskade att mer tid var avsatt för den enskilde personen. En informant beskrev en situation där hon tog sig tid att prata några minuter med den äldre och inte bara gick förbi i korridoren:

Men hon vill gärna det, att man liksom tar [sig] tid med henne då och frågar vad det är. (Fokusgruppdiskussion 1).

Att underlätta aktiviteter

Att underlätta aktiviteter för den äldre ansågs betydelsefullt för att dennes fysiska och psykiska välmående skulle tillgodoses. Behoven varierade mycket dels beroende på vad den äldre behövde hjälp med och dels vilken sorts aktivitet som önskades. Att utföra enskilda aktiviteter med den äldre ansågs meningsfullt för att tillgodose den äldres specifika palliativa behov. Även aktiviteter som anordnades i grupp uppfattades som uppskattat av de äldre och ansågs av informanterna ge en känsla av samhörighet och glädje. Enskilda aktiviteter som ansågs kräva mer planering innan genomförande var exempelvis att ta den äldre till en travbana och se på trav och att åka till den plats där den äldre växte upp. Informanterna menade att sådana aktiviteter var uppskattade och väckte positiva känslor hos den äldre. Sådana aktiviteter kunde den äldre samtala om länge efteråt. Informanterna betonade att aktiviteten inte behövde vara något stort utan oftast räckte det med mindre saker som att gå ut och plocka blommor, sätta sig en stund på balkongen, dricka kaffe tillsammans eller bara titta i en tidning.

Man behöver inte gå över ån efter vatten ju. Nej...som sagt det är de små enkla grejerna som blir de stora. (Fokusgruppdiskussion 3).

Jag menar vi har ju jättenära till havet, bara att komma ner till havet och titta ut, jag menar där är ju jättefina fikaställen och viloställen där nere alltså, kostar gratis. (Fokusgruppdiskussion 4).

På vård- och omsorgsboendet beskrev informanterna att det genomfördes regelbundna aktiviteter för de äldre såsom bingo, gymnastik och bakning vilket ledde till att de äldre blev pigga och orkade mer. Dessutom ansåg informanterna att dessa aktiviteter även uppmuntrade den äldre att själv få välja vilken aktivitet som passade det egna behovet. Aktiviteter som också uppskattades av den äldre var att dansa, lägga pussel och lyssna på musik vilket medförde glädje och ett ökat välbefinnande. Informanterna

uppfattade att genomförande av vardagliga aktiviteter var beroende av den äldres individuella ork och vilja. Att kunna stiga upp och klä sig själv var en aktivitet som av många ansågs vara en självklarhet. Andra aktiviteter där den äldre kunde medverka var att vika lakan och att hjälpa till med dukning. Aktiviteter som stärkte den äldres delaktighet i vardagen. Hur ofta aktiviteter genomfördes uttrycktes bero på omvårdnadspersonalens egen inställning till aktiviteterna. En del informanter ansåg att aktiviteter var viktiga och prioriterade detta medan andra ansåg att tiden inte räckte till på grund av personalbrist.

Att bibehålla livsstilen

För att tillgodose den äldres behov ansågs det betydelsefullt att bibehålla den äldres livsstil. Att bibehålla den äldres livsstil och den självbild denne hade innan flytten till vård- och omsorgsboende var ett sätt att värna om den äldres identitet vilket informanterna ansåg vara en betydelsefull del i palliativ vård. De äldre hade olika religions-tillhörigheter och det ansågs väsentligt att de fick möjlighet att bibehålla sin tro och utövandet av denna vid vård- och omsorgsboendet. Informanterna ansåg även att det var värdefullt att de som omvårdnadspersonal hade kunskap om olika religioner för att kunna tillgodose den äldres existentiella behov.

Men, att se historian, hur människan har blivit den som den har blivit, det tror jag är jätteviktigt. (Fokusgruppdiskussion 1).

Frågar man gubbarna så har en av dem varit ute mycket och rest runt och kört runt i Europa och det vill han gärna berätta om, och det gör han ju också bara man ställer frågan så kommer hela hans semestrar och liv och med fru och barn och, allt berättar han om då ju och det tycker han är hur kul som helst. (Fokusgruppdiskussion 3).

En uppfattning var att den äldre var mer självständig och hade flera olika intressen innan flytten till vård- och omsorgsboende. Dessa intressen var ofta svåra att förverkliga, delvis på grund av de äldres försämrade hälsotillstånd men även att möjligheten att utöva dessa intressen var begränsade på vård- och omsorgsboendet. Det uppfattades även att bevarandet av den äldres livsstil var betydelsefullt då den äldre inte skulle få känslan av att det "riktiga" livet var slut.

Bibehålla livsstilen som man har haft hela livet, men det är kanske ett brett begrepp... men då är det viktigt att komma åt hur deras livsstil har varit... att man är väldigt individuell alltså, de som kommer hit idag, har bott hemma ensamma, isolerade, så på något vis har det försvunnit men att då hitta det igen. Att man försöker hitta det där och väcka det till liv... (Fokusgruppdiskussion 4).

Informanterna ansåg även att det var väsentligt att den äldre fick bibehålla de sociala kontakterna denne hade innan flytten till vård- och omsorgsboendet. Detta ansågs emellertid svårt att uppfylla på grund av brist på resurser. Till exempel fick den äldre gå till den frisör och fotvårdare som kom till vård- och omsorgsboendet eftersom det saknades tid att följa med till den de tidigare gick till. Detta gav en känsla av svek då den äldre tvingades till att bryta med sina sociala kontakter vilket ansågs bidra till äldres ensamhet.

Att den äldre ges valmöjligheter

Att den äldre ges valmöjligheter innefattade kategorierna att erbjuda valmöjligheter, att vara talesperson för den äldre och att låta närstående få bli den äldres talesperson.

Att erbjuda valmöjligheter

Informanterna betonade vikten av att erbjuda den äldre valmöjligheter i det dagliga omvårdnadsarbetet för att på så sätt bevara dennes självbestämmande. Informanterna beskrev vidare att självbestämmandet var en betydelsefull del i den palliativa vården för att den äldre aktivt skulle vara delaktig i beslut. De ansåg att den äldre erbjöds olika valmöjligheter: "det är hon som bestämmer när hon ska lägga sig" (Fokusdiskussion 7), att få gå ut eller att själv få välja duschdag. Informanterna ansåg att maträtterna som serverades inte uppskattades av de äldre och inte alltid var vad de borde. En smörgås kunde då erbjudas som alternativ vilket kunde medföra att den äldre kände sig bekräftad genom att få bestämma själv. Den äldres självkänsla stärktes av att omvårdnadspersonalens respekterade deras önskemål. Detta uttrycktes som:

Men det finns de som inte vill äta frukosten här ute till exempel utan vill ha den på rummet, och då får de ju det. Oftast vill de komma ut men vill de inte så då är det ok. (Fokusdiskussion 7).

Om den äldre kände sig ledsen eller bara ville samtala ansågs det finnas valmöjlighet att få prata med en präst eller diakonissa vilket beskrevs medföra en känsla av trygghet. Informanterna kände sig många gånger otillräckliga när det kom till samtal om existentiella frågor. Det ledde till att de gärna ville ge den äldre möjligheten till kontakt med någon utomstående.

Jo det var X då, när hon var som, hade så här jättesvår dödsångest, då ringde hon faktiskt prästen istället för jag visste inte riktigt vad jag skulle säga och det var alltså det sa jag till henne också, har man aldrig själv haft ångest så är det jättesvårt, alltså det går inte att sätta sig in i detta. (Fokusgruppdiskussion 4).

Att vara talesperson för den äldre

Informanterna uppfattade att vid vissa tillfällen blev de den äldres talesperson eftersom den äldre ibland inte kunde uttrycka sin vilja. Därmed var självbestämmandet som är en central del i den palliativa vården svårt att ta i anspråk eftersom omvårdnadspersonalen då inte visste vad den äldre ville. En del äldre beskrevs inte kunna uttrycka sina önskemål och behov vilket uppfattades som en svårighet då omvårdnadspersonalen då fick fatta besluten åt dem. Informanterna uppfattade det som positivt om de hade känt den äldre en längre tid eftersom det underlättade för dem att fatta beslut utifrån den äldres personlighet. Att fråga den äldre, för att få fram vilka behov och önskemål denne hade, ansågs naturligt. En del äldre visade starkare självbestämmande än andra och deras behov var på så vis lättare att tillgodose eftersom de uttryckte sin vilja. För att få de äldre mer delaktiga i beslut som rörde dem uppmuntrades de att vara med i boenderåd där det togs beslut om exempelvis vilka maträtter som skulle serveras på boendet. Att prata om hur de äldre ville ha det och att förstå och acceptera besluten var betydelsefullt. Informanterna beskrev att de försökte göra allt de kunde för att uppmuntra och uppfylla den äldres önskemål för att bevara självbestämmandet.

De får ju bestämma, de får ju själva bestämma hur de vill ha det, det är ju eget boende. (Fokusdiskussion 7).

En annan uppfattning var att om den äldre inte trivdes kunde de själv bestämma om denne ville flytta till ett annat vård- och omsorgsboende. Informanterna beskrev dock att eventuell flytt till ett annat vård- och omsorgsboende liggande i en annan stadsdel kunde innebära svårigheter för den äldre. Detta på grund av kommunens bestämmelser att flytta mellan olika stadsdelar.

Att låta närstående få bli den äldres talesperson

Informanterna ansåg att närstående ibland kunde vara den äldres talesperson om förmågan att prata eller förmedla sig saknades och därmed inte heller själv kunna bestämma. Närstående kände ofta den äldre väl och kunde informera omvårdnadspersonalen om tidigare levnadsvanor vilket medförde att de kände sig mer säkra i omvårdnadsarbetet runt den äldre. Informationen från de närstående ansågs vara till nytta för att kunna tillgodose den äldres önskemål och möjliggöra självbestämmande. Ibland uppfattades att närstående ville bestämma även över den äldre personen trots att den äldre kunde uttrycka sig själv. Vid sådana tillfällen ansåg informanterna att det var betydelsefullt att respektera den äldres vilja och bortse från närståendes önskemål. Informanterna en ansåg även att eftersom de träffade den äldre mest visste de ofta mer än de närstående vad den äldre tyckte om efter att de flyttat in på boendet.

En sak man måste vara jätteuppmärksam på tycker jag det är ju som du sa att det kanske inte alltid är att de kan förmedla själv vad det är de vill om de har afasi eller något annat och anhöriga då förmedlar för dem. (Fokusgruppdiskussion 3).

Hur ska vi bestämma den person inte kan kommunicera så. Men där får man prata med anhöriga. (Fokusgruppdiskussion 4).

Informanternas uppfattningar om att närstående blev talesperson för den äldre innebar ett etiskt dilemma eftersom i vanliga fall bestämmer inte en vuxen över en annan vuxen. Samtidigt fick emellertid den äldre bättre förutsättningar för god vård utifrån närståendes berättelser. Uppfattningen var att närstående fick förtroende för omvårdnadspersonalen om närstående såg att de varit lyhörda för både den äldres och deras önskemål

DISKUSSION

Metoddiskussion

Begreppen giltighet (Credibility), tillförlitlighet (Dependability) och överförbarhet (Transferability) kan användas för att bedöma trovärdigheten i en kvalitativ studie (Graneheim & Lundman, 2004).

Giltighet handlar om att studiens resultat ger en sann bild av deltagarnas verklighet och om studien undersökte vad som var avsett att undersökas (Graneheim & Lundman, 2004). Då syftet var att beskriva omvårdnadspersonalens uppfattningar valdes en kvalitativ studiedesign där datamaterialet bestod av fokusgruppdiskussioner. Fokusgruppdiskussioner är en metod som lämpar sig för att utforska hur människor tänker och berättar om ett specifikt ämne men också vad de har för uppfattningar och varför (Kreuger & Casey, 2009). Valet av datainsamlingsmetod för att få svar på studiens syfte kan därmed anses stärka studiens giltighet. För studiens giltighet är det även viktigt att få en variation av deltagare med olika erfarenheter och från olika kontexter (Graneheim & Lundman, 2004). Antalet deltagare i fokusgruppdiskussionerna varierade från två till sex omvårdnadspersonal. Avsikten var att få fyra till sex deltagare även i den kompletterande fokusgruppdiskussionen för att få en variation av uppfattningar vid diskussionerna. På grund av sjukdom och behov i verksamheten deltog endast två deltagare i fokusgruppdiskussionen. Det rekommenderade antalet i en fokusgruppdiskussion är fyra till sex deltagare (Kreuger & Casey, 2009). Diskussionen varade emellertid i 82 minuter vilket innebär att de hade uppfattningar inom området som var i fokus. Upplägget för diskussionen följde en fokusgruppdiskussion men då endast två deltagare deltog får den snarare benämnas som en fokusdiskussion och inte gruppdiskussion. Det låga antalet deltagare i den får därmed ses som en svaghet. Det totala datamaterialet omfattade sju fokusgruppdiskussioner med totalt 26,5 timmars bandinspelning vilket kan anses vara tillräckligt för att få ett innehållsrikt material till studien. Den kompletterande fokusgruppdiskussionen motsvarade endast en liten del av det totala datamaterialet men då författarna inte uppmärksammade nya fynd i den kompletterande datainsamlingen behöver detta inte ses som en svaghet.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar giltigheten om det finns en variation avseende könsfördelning och åldrar bland studiens deltagare. I studien fanns det representation av deltagare avseende kvinnor och män. Majoriteten var kvinnor vilket kan ses som en svaghet men å andra sidan är det så könsfördelningen ser ut när det gäller omvårdnadspersonal vid vård- och omsorgsboende. Det fanns en variation avseende representation av ålder i det tidigare datamaterialet och en viss variation i det kompletterande datamaterialet vilket kan öka studiens giltighet. Vidare anser Graneheim och Lundman (2004) att en variation avseende deltagares erfarenhet ökar en studies giltighet. I studien fanns en variation av deltagare i det att de kom från två kommuner och från fjorton vård- och omsorgsboenden vilket får anses öka möjligheten till ett variationsrikt datamaterial.

När datamaterialet är omfattande och datainsamlingen löper över tid finns det en risk att yttre faktorer har förändrats och att tillvägagångssättet för datainsamlingen skiljer sig åt (Graneheim & Lundman, 2004). För att minska skillnader vid datainsamlingarna användes en intervjuguide med liknande frågor som nyttjades vid den tidigare datainsamlingen. Intervjuguiden användes under genomförandet av fokusdiskussionerna för att lättare kunna följa valt ämne och område.

Då studiens författare saknar tidigare erfarenhet av datainsamling kan dock fokusdiskussionens kvalitet ha påverkats då kunskap inom området var begränsad. Ingen pilotintervju genomfördes då den tidigare datainsamlingens intervjuguide med tillhörande frågor ansågs var tillämpbar efter viss justering även till den kompletterande datainsamlingen.

Vid transkribering av tidigare insamlat datamaterial har författarna upplevt svårigheter att höra vad vissa deltagare sagt, dels på grund av att flera deltagare pratar samtidigt men även av att en del hade annat modersmål än svenska. Att studiens författare var närvarande under fokusdiskussionen kan anses vara en styrka eftersom det underlättade transkriberingen genom att diskussionen fanns aktuell i minnet. Allt innehåll transkriberades i den kompletterande fokusdiskussionen medan delar som svarade mot studiens syfte transkriberades i tidigare insamlat datamaterial. Anledningen var att tidigare insamlat datamaterial även innehöll sjuksköterskors och enhetschefers uppfattningar vilka inte skulle vara med i denna studie.

Strävan var att transkribera all data som svarade mot studiens syfte. Detta kan ses som en svaghet att alla data inte transkriberades då författarna möjligen kan ha förlorat något material som trots allt svarade mot studiens syfte.

Graneheim och Lundman (2004) beskriver att vid analysprocessen kan det vara en fördel att diskutera innehållet författarna emellan för att förvissa sig om att kodningen svarar mot meningsenheternas kontext. En styrka i analysfasen kan vara att båda för-

fattarna analyserade datamaterialet oberoende av varandra, diskuterade sinsemellan samt med den tredje författaren. Kategorier framkom under analysprocessen vilka mynnade ut i tre övergripande huvudkategorier och ett övergripande tema. En strävan var att anpassa kategoribenämning efter innehållet i lämpliga kategorier. Studiens författare hade för avsikt att analysera det datamaterial som svarade mot syftet. Datamaterialet var omfattande och varierande och under analysen framträdde koder som passade in under flera kategorier och de fördelades under lämplig kategori. För att förtydliga detta finns en illustration på meningsenheter, koder, kategorier och huvudkategorier för att visa hur analysen lett fram till resultatet (Tabell 1).

Om studiens resultat är tillförlitligt handlar huruvida studiens resultat skulle bli det samma om studien gjordes om på liknande sätt, det vill säga studiens replikerbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Skulle en liknande studie genomföras med liknande metod bedöms sannolikheten att resultatet skulle bli snarlikt. Detta baserat på att datamaterialet i de två olika datainsamlingarna inte skiljde sig nämnvärt åt trots att det var sju år mellan den första och den sista datainsamlingen. Att datainsamlingarna inte skiljde sig nämnvärt åt kan möjligen bero på att informanterna i den kompletterade fokusdiskussionen berättade att de fått utbildning i palliativ vård efter införandet av det nya kunskapsstödet. Således hade informanterna i de båda datainsamlingarna fått utbildning inom palliativ vård vilket styrker studiens tillförlitlighet. Tillförlitligheten styrks om metoden är väl beskriven (Graneheim & Lundman, 2004). En strävan har varit att beskriva urvalet av informanter, datainsamling, kontext, intervjuguider och analysförfarandet väl vilken kan styrka studiens tillförlitlighet.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan det finnas en risk att resultatet påverkas om forskaren har kunskap inom det område som undersöks. Således har författarna beaktat sin förförståelse genom att beskriva den och vara medveten om den innan studiens genomförande. Det som var förvånande var att omvårdnadspersonalen hade så många idéer och förslag om hur de kunde förbättra för den äldre på vård- och omsorgsboendet utifrån ett palliativt förhållningssätt. Överförbarhet handlar om huruvida studiens resultat kan tillämpas i en annan kontext än där studien genomfördes. En tydligt beskriven kontext och en tydlig resultatbeskrivning med citat är av betydelse för att läsaren ska kunna bedöma om resultatet kan överföras till andra kontexter och grupper (Graneheim & Lundman, 2004). Författarnas strävan har varit att beskriva kontexten tydligt och att redogöra resultatet med illustrativa citat för att läsaren ska kunna bedöma studiens överförbarhet. Troligen kan studiens resultat överföras till omvårdnadspersonal som arbetar både på offentliga och privata vård- och omsorgsboenden och framför allt till vård- och omsorgsboenden som har gjort utbildnings-satsningar till omvårdnadspersonalen i ett palliativt förhållningssätt där fokus legat på känslomässiga och existentiella aspekter. En strävan var även att få kategorierna att ligga på lagom abstraktionsnivå för att resultatet inte skulle bli alltför generellt.

Resultatdiskussion

Resultatet av studien ledde fram till tre centrala fynd: betydelsen av att läsa av den äldres kroppsspråk och kroppssignaler, att samtala med den äldre och att erbjuda valmöjligheter som kommer att diskuteras. Resultatet kommer i huvudsak att diskuteras utifrån de 6 S:en, en modell för personcentrerad palliativ vård, även kort presenterad i bakgrunden, vilken symboliserar personens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov (Ternestedt et al., 2017). Modellen tar sin utgångspunkt i den enskildes identitet, det vill säga självbilden. *Självbilden* utgör det första S:et och är det centrala i modellen vilka de övriga S:n är relaterade till. *Självbestämmandet* återger psykologiska behov och förtydligar behovet att vara medverkande i sitt eget liv. *Sociala relationer* innefattar sociala behov som att vara i gemenskap med andra. För att bevara sin självbild och leva ett så bra liv som möjligt är *Symtomlindring* centralt. *Sammanhang* och *strategier* innefattar andliga och existentiella behov. Att få vara delaktig och berätta om sitt levda liv är betydelsefullt och hör samman med personens livsåskådning. I modellen är även människor som är betydelsefulla inkluderade. De 6 S:n är situationsbundna och dynamiska vilket innebär att samtliga S inte alltid är relevanta för alla personer.

För att kunna ge personcentrerad vård behöver omvårdnadspersonal läsa av den äldres kroppsspråk och kroppssignaler. Ett fynd som framkom i resultatet var att informanterna uppfattade att de läste av den äldres kroppsspråk och kroppssignaler både i möten och vid utförande av praktisk omvårdnad, vilket var användbart i situationer då den äldre inte kunde uttrycka sig med ord. Genom att läsa av kroppsspråk och kroppssignaler uppmärksammades den äldres behov vilket underlättade omvårdnaden. Detta ligger i linje med resultatet i Söderman och Rosendahls (2016) svenska kvalitativa studie som visade att vid nedsatt språkförmåga hos personer med demens läste omvårdnadspersonalen av den äldres ansiktsuttryck, gester och i synnerhet ögonen för att förstå den äldres behov. Att det finns behov av att omvårdnadspersonal kan läsa av kroppsspråk styrks i en avhandling av Söderlund (2013) där omvårdnadspersonalen beskrev att de väntade in vad den äldre försökte kommunicera. Att förmedla medkänsla via icke-verbal kommunikation ansågs vara en viktig del i omvårdnadsarbetet eftersom det kunde vara ett avsevärt komplement i kontakten med den äldre. För att läsa av den äldres kroppsspråk är det således betydelsefullt att omvårdnadspersonalen uppmuntras till att vara lyhörd för sinnesstämningar men även på kroppsliga signaler. Enligt modellen med de 6 S:n (Ternestedt et al., 2017) är förutsättningen för en personcentrerad palliativ vård att vårdandet utgår från den äldres självbild, det vill säga bildupplevelse av sig själv och sin situation. Vidare beskriver de att då kroppsliga och själsliga förmågor avtar minskar personens möjligheter att kommunicera sina behov och vilja. Det är betydelsefullt att bevara personens självbild och identitet fram till livets slut vilket innebär att det är betydelsefullt att omvårdnadspersonalen strävar efter att förstå hur den äldre tänker, känner och handlar för en personcentrerad vård (ibid).

Att samtala med den äldre på vård- och omsorgsboende är betydelsefullt för att uppmärksamma behov men även för att tillgodose behov. I resultatet framkom att informanterna uppfattade samtal med den äldre som en viktig del i omvårdnadsarbetet. När omvårdnadspersonalen tog sig tid att samtala med den äldre ansåg de att den äldre blev bekräftad. Informanterna menade att samtal med den äldre var betydelsefullt och i resultatet framkom att informanterna uppfattade att den äldre tyckte mycket om att samtala om tidigare händelser i livet som haft stort värde för dem. Heggstad och Slettebø (2015) intervjuade äldre personer med en demenssjukdom boende på norska vård- och omsorgsboenden. I deras resultat framkom det att genom att låta de äldre samtala med omvårdnadspersonal om sina liv stärktes deras identitet och de fick en känsla av värdighet. Deras resultat går i linje med informanternas uppfattningar om att det var viktigt att ta sig tid att samtala med den äldre.

Det kan vara svårt för omvårdnadspersonal att samtala om existentiella frågor. I resultatet framkom att de uppfattade att samtal med den äldre om existentiella frågor var svårt och önskade stöd för att bättre kunna samtala med den äldre om svåra frågor. Det är möjligt att de existentiella behoven vilka är en stor del i det palliativa förhållningsättet inte tillgodoses om den äldre inte får samtala om existentiella frågor (Beck et al., 2012). En svensk studie av Broström (2014) baserat på intervjuer visade att även äldre upplevde det svårt att samtala om döden och andra svåra ämnen. I studien framkom det att den äldre ofta hade funderingar på döden men att det var svårt att sätta ord på sina tankar. Detta beskrevs medföra att de ofta inte framförde sina önskemål hur de exempelvis ville ha sin begravning. En norsk kvalitativ studie av Thoresen och Lillemoen (2016) med deltagande observation av planing av vård i livets slutskede med äldre och där äldre intervjuades tillsammans med närstående uppmärksammade att äldre sällan eller aldrig pratade med sina närstående om döden. Deras resultat visade även att omvårdnadspersonalen inte visste vad de skulle säga till den äldre som hade behov av att prata om existentiella frågor. Det var av lika stor vikt att bara lyssna på dem och på så sätt kunde de tillgodose den äldres behov. En handbok om kommunikation utgiven av Sveriges kommuner och landsting (SKL, 2011) betonar vikten av en bra kommunikation mellan omvårdnadspersonal och patient. Handboken lyfter fram att kommunikation skapar välinformerade, trygga och involverade patienter. Det poängteras även att det ska finnas tid avsatt för samtal. Handboken bekräftar informanternas uppfattningar som framkom i resultatet och att det är viktigt att lyssna även på det som inte sägs. I resultatet framkom även att omvårdnadspersonalen uppfattade att de behövde mer utbildning i att samtala med den äldre, dels för att våga prata om svåra saker men även vad som kan och inte kan sägas. En kvantitativ studie av Sprangers, Dijkstra och Romijn-Luijten (2015), genomförd på ett vård- och omsorgsboende för äldre i Nederländerna där omvårdnadspersonal utbildades i samtalsteknik, visade att även en kortare utbildning för omvårdnadspersonal i samtalsteknik hade positiv betydelse. Utbildningen medförde att kvaliteten på samtalen blev bättre men också att

omvårdnadspersonalen uppfattade att de äldre välbefinnande ökade genom mindre ångest och irritation. Genom utbildningen upplevde interventionsgruppen att kommunikationsförmågan förändrades till det bättre efter genomförd utbildning (ibid.). En svensk studie där chefer intervjuades om hur de organisatoriskt kunde förbättra den palliativa vården på vård- och omsorgsboende betonades vikten av att utbilda omvårdnadspersonal i palliativ vård eftersom de ofta möter död och döende. De ansåg att sjuksköterskan var en förebild för omvårdnadspersonalen och hade kunskaper om existentiella frågor samt andra kunskaper om palliativ vård som de kunde dela med sig av (Nilsen, Wallerstedt, Behm & Ahlström, 2018). Då sjuksköterskan på vård- och omsorgsboenden är ansvariga för omvårdnaden av den äldre omfattar yrkesrollen att leda omvårdnadspersonal i deras arbete och även att möjliggöra kompetensutveckling hos medarbetare (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Distriktssköterskan som omvårdnadsansvarig är en viktig resurs som kan erbjuda omvårdnadspersonalen stöd och vägledning i den palliativa vården när det kommer till samtal om existentiella och känslomässiga aspekter. I modellen med de 6 S:n (Ternestedt et al., 2017) framkommer betydelsen av de vardagliga samtalen och småpratande ofta är undervärderade inom den palliativa vården. De klargör att genom samtal och berättelser kan en ökad förståelse för den äldres situation uppnås men även medföra att den äldre får en ökad förståelse för sig själv och sin situation. Berättelser kan bli ett sätt att bevara identitet och därmed förbättra möjligheten för en personcentrerad vård. Således kan utbildning om psykisk ohälsa underlätta för omvårdnadspersonal avseende samtal om vardagliga och existentiella frågor och därmed öka möjligheten att tillgodose äldres behov av samtal.

Äldres delaktighet vid vård- och omsorgsboendet kan öka genom att omvårdnadspersonal erbjuder den äldre valmöjligheter. Självbestämmande är ett av de sex begreppen som de 6 S:n (Ternestedt et al., 2017) behandlar för att bedriva personcentrerad vård. De menar att självbestämmandet kan uttryckas i olika former. En del är helt självbestämmande och vill bestämma själv, en del är medbestämmande och bestämmer gärna i samråd med andra. Vissa är helt överlåtande och låter gärna andra fatta beslut. Huruvida en person önskar att vara med och bestämma varierar beroende vem personen är, hälsotillstånd och hur personen tidigare levtt sitt liv. I den palliativa vården är det betydelsefullt att den äldre får utöva sitt självbestämmande så länge det är möjligt (ibid). Resultatet i denna studie visar att omvårdnadspersonalens uppfattningar var att den äldre bör ges möjlighet att göra val utifrån egna önskemål. Gemensamt för deltagarna var uppfattningen att den äldre bör erbjudas valmöjligheter vilket medför att den äldres självbestämmande kan bevaras. Det var betydelsefullt att låta den äldre få känslan av att vara den som fick besluta och att önskan och vilja respekterades. Informanterna ansåg att den äldres självbestämmande ständigt skulle beaktas på vård- och omsorgsboendet och att det var den äldre själv i första hand som skulle fatta beslut och välja. En amerikansk studie av Romo, Allison, Smith och Wallhagen (2017) visade å andra sidan att den äldre gärna överlät besluten på omvårdnadspersonalen och fak-

tum var att de äldre inte alltid ville fatta konkreta beslut. Genom att överlåta besluten åt andra fick de ändå en känsla av kontroll. Deras studie motsäger omvårdnadspersonalens uppfattningar i detta resultat som ansåg det självklart att den äldre skulle få bestämma själv om möjlighet till detta fanns. Uppfattningar som också framkom var att informanterna gärna uppmuntrade den äldre till självbestämmande genom att kontinuerligt fråga om deras önskemål. Resultatet i en finsk studie av Tuominen, Leino-Kilpi och Suhonen (2016) visade att det fanns hinder i den äldres självbestämmande angående val av maträtter, tid att stiga upp och vistelse på och utanför avdelningen vilket berodde på den äldre själv, omvårdnadspersonalen samt organisationen. Faktorer som hindrade den äldres självbestämmande kunde vara omvårdnadspersonalens attityd gentemot den äldre, regler på vård- och omsorgsboendet, medboendes distraktioner samt den äldres skörhet (ibid). I denna studies resultat framkom att när den äldre inte hade möjlighet eller förmåga att fatta egna beslut ansåg omvårdnadspersonalen och deras närstående att de kunde hjälpa dem att fatta beslut. En uppfattning var också att informanterna ansåg att närstående var till stor hjälp för att beskriva den äldres tidigare önskemål. Thoresen och Lillemoen (2016) visade att de äldre betonade sina närståendes betydelse då de kunde hjälpa omvårdnadspersonalen att planera för framtiden. De närstående kunde hjälpa till att se och förstå vad som var viktigt för den äldre. Tuominen et al. (2016) fann i en intervjustudie med äldre personer att den äldres självbestämmande främjades när även närstående var delaktiga. Beck (2013) visade att ett palliativt förhållningssätt innebar ökat fokus på närståendes delaktighet vilket även ledde till att närstående blev involverade i vården men också att omvårdnadspersonalen fick ökad förståelse för den äldre och dess närstående. I modellen med de 6 S:n (Ternestedt et al., 2017) framkommer att god dialog är en central del i palliativ personcentrerad vård för att självbestämmandet ska fångas upp. Då livet närmar sig sitt slut kan förutsättningarna ändras och det kan vara rimligt att anta att den äldre inte orkar eller vill bestämma själv. Med bevarat självbestämmande kan personen då välja att överlämna sig i andras händer i hopp om att få en god vård (ibid).

Att vårda äldre som ofta har flera sjukdomar och befinner sig i den sista tiden i livet ställer höga krav på omvårdnadspersonalen. En god palliativ vård uppnås då både den äldre och närstående upplever meningsfullhet och att den äldre får leva värdigt ända fram till sin död. Genom teamarbete mellan yrkeskategorier och närstående ökar möjligheten att ge den äldre vård vilket är en av hörnstenarna som den palliativa vården bygger på. I modellen med de 6 S:n (Ternestedt et al., 2017) framkommer att de 6 S:n kan leda till en ökad livskvalitet för äldre men för att använda sig av modellen behöver ett ledarskap där ledaren ser hela arbetsgruppen som ett team. Som sjuksköterska är det därför viktigt att ge omvårdnadspersonalen stöd i omvårdnadsarbetet för att de ska kunna utvecklas i sin roll och kunna vårda den äldre utifrån personcentrerad vård som utgångspunkt i ett palliativt förhållningssätt.

Kliniska implikationer

Omvårdnadspersonalen behöver stöd av både sjuksköterska och ledning när det kommer till att uppmärksamma och tillgodose behov samt stärka den äldres självbestämmande utifrån ett palliativt förhållningssätt. Detta eftersom de vårdar svårt sjuka äldre som kan ha omfattande palliativa vårdbehov. Stöd kan vara kunskapsutveckling och utbildning. Detta kan ske genom att både sjuksköterskor och ledning diskuterar tillsammans med omvårdnadspersonalen inom vilka kunskapsområden utbildning behöver ges. Stöd kan också vara att sjuksköterskan och ledningen är närvarande och ser till att det dagliga omvårdnadsarbetet följs upp vilket underlättas av god kommunikation i teamet. Omvårdnadspersonalens yrkesroll behöver lyftas fram då fler undersköterskor behövs på vård- och omsorgsboende. Distriktsköterskan är betydelsefull i omvårdnadsarbetet för att hjälpa och stödja omvårdnadspersonalen att arbeta i linje med det palliativa förhållningssättet. I studien är det omvårdnadspersonalens uppfattningar som framkommit men resultatet kan även komma andra yrkesprofessioner till gagn.

Det skulle vara angeläget att i en kontrollstudie undersöka om omvårdnadspersonalen med hjälp av utbildning i samtalsteknik bättre kunde uppmärksamma och tillgodose existentiella behov samt stärka deras självbestämmande utifrån ett palliativt förhållningssätt.

Slutsats

Resultatet visar att omvårdnadspersonalen är måna om att den äldre på vård- och omsorgsboendet ska vårdas utifrån ett palliativt förhållningssätt. De har diskuterat olika områden som genomsyrats av ett holistiskt synsätt som inkluderar att den äldre personen är i fokus på vård- och omsorgsboendet. Att kunna läsa av den äldres kroppsspråk och kroppssignaler samt ha en god kommunikation, både med den äldre men också med närstående och arbetskamrater ansågs betydelsefullt. Det framkom att det är av stor vikt att den äldre involveras i beslutsfattandet som rör omvårdnaden. Äldreomsorgen styrs av lagar (Socialstyrelsen, 2016c) som ställer den äldres behov i centrum och samhället är skyldigt att respektera, ta hänsyn till och tillgodose den äldres behov. Ur ett samhällsperspektiv bör alla personer som arbetar inom vård- och omsorg ges utbildning i palliativ vård och erhålla handledning för att kunna möta personer i behov av palliativ vård utifrån ett palliativt förhållningssätt (Socialstyrelsen, 2013). Resultatet från denna studie kan användas vid upplägg av handledning av omvårdnadspersonal som arbetar på vård- och omsorgsboende för äldre, genom att fokusera på exempelvis samtal om existentiella frågor. Detta för att det ska ges möjlighet att möta äldre personer med livshotande sjukdom utifrån ett palliativt förhållningssätt. Omvårdnadspersonalen behöver stöd och vägledning av sjuksköterska och enhetschef som tillsammans kan förbättra den äldres delaktighet i omvårdnaden.

REFERENSER

- Beck, I. (2013). *Att fokusera på "varandet" i en värld av görande: Stöd till personalen i ett palliativt förhållningssätt vid vård och omsorgsboende för äldre*. (Doktorsavhandling, Lunds universitet, Medicinska fakulteten, Lund 2013:25). Hämtad från <http://lup.lub.lu.se/record/3514576>
- Beck, I., Törnquist, A., Broström, L., & Edberg, A-K. (2012). Having to focus on doing rather than being: nurse assistants' experience of palliative care in municipal residential care settings. *International Journal of Nursing Studies*, 49(4), 455-464. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.10.016
- Beck, I., Törnquist, A., & Edberg, A-K. (2014). Nurse assistants' experience of an intervention focused on a palliative care approach for older people in a residential care. *International Journal of Older People Nursing*, 9(2), 140-50. doi: 10.1111/j1748-3743.2012.00343.x
- Broström, M. (2014). *Äldre människors föreställningar om den egna framtiden, döendet och döden*. (Avhandling, Linköpings universitet, Linköping). Hämtad från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:714849/FULLTEXT01.pdf>
- Bullington, J. (2010). Att vara kropp: Värdigheten som mänskligt förkroppsligande. I L. Nordenfelt (Red.), *Värdighet i vården av äldre personer*. Lund: Studentlitteratur
- Distriktssköterskeförening (2008). *Kompetensbeskrivning- legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Stockholm: Distriktssköterskeföreningen. Hämtad från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Distriktsskoterska/>
- EAFC (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1 Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*, 6(16), 278-289.
- Ernst-Bravell, M., Westerlind, B., Midlov, P., Östgren, C.J., Borgquist, L., Lannering, C., & Molstad, S. (2011). How to assess frailty and the need for care? Report from the Study of Health and Drugs in the Elderly (SHADES) in community dwellings in Sweden. *Archives Gerontology Geriatrics*, 53, 40-45.
- Folkhälsomyndigheten (u.å.). *Åldrande befolkning*. Hämtad 6 mars, 2017, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/seniorguiden/halsosamtaldrande/aldrande-befolkning/>
- Franklin, L.L., Ternstedt T.M., & Nordenfeldt, L. (2006). Views on dignity of elderly nursing homes residents. *Nurse Ethics*, 13(2), 130-146.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. Doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hallberg (2004). Death and dying from old people's point of view. A literature review. *Ageing Clinical and Experimental Research*, 16(2) 87-103.
- Heggestad, AK. & Slettebø, Å. (2015). How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling- a case study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2323-2330. doi: 10.1111/jocn.12837.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur

- Hsieh, H-F., & Shannon, SE. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 15, 1277-1288.
- Håkansson, C., Öhlén, J., Morin, L., & Cohen, J (2015). A population-level study of place of death and associated factors in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*. Doi:10.1177/1403494815595774
- Kreuger, RA., & Casey, MA. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research, 4 uppl.* Sage Publications, Thousand Oaks, California
- Nilsen, P., Wallerstedt, B., Behm, L., & Ahlström, G. (2018). Towards evidence-based palliative care in nursing homes in Sweden: a qualitative study informed by the organizational readiness to change theory. *Implementation Science* (13)1. doi: 10.1186/s13012-017-0699-0
- Polit, D.F., & Beck, C.T., (2012). *Nursing research: Principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Regeringen (2008). *Trygghet och närvaro i äldreomsorgen*. Från <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/social-omsorg/trygghet-och-narvaro-ialdreomsorgen/>
- Regeringen (2017). *Om förenklat beslutsfattande och särskilda boendeformer för äldre*. Hämtad från <http://www.regeringen.se/496173/contentassets/1ff71bf859cd42ee82933cfede95dfb3/omforenk-lat-beslutsfattande-och-sarskilda-boendeformer-for-aldre.pdf>
- Regionalt cancercentrum (2016). *Palliativ vård i livets slutskede*. Nationellt vårdprogram. Stockholm: Regionala Cancercentrum i Samverkan. Hämtad från http://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativvard/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf
- Romo, R., Allison, T., Smith, A., & Wallhagen, M. (2017). Sense of Control in End-of-Life Decision-Making. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(3), 70-75. doi: 10.1111/jgs.14711
- Sainio, J., & Hansebo, G. (2008). Moving to a nursing home - a new phase in life an interview study. *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies* 28(2), 27-31.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--ochsjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Hämtad från Riksdagens webbplats http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453
- SFS, 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Svensk författningssamling. Hämtad från Riksdagens webbplats https://www.riksdagen.se/sv/dokument_lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659
- SKL (2011). *Råd för bättre kommunikation mellan patient och vårdpersonal*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. Hämtad från <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/5236.pdf?issuusi=ignore>
- Skolverkets författningssamling (SKOLF S 2010:48) *Skolverkets föreskrifter om kurser för vård och omsorgsprogrammet*. Skolverket: Stockholm

- Socialstyrelsen (2006). *Vård och omsorgsassistenters kompetens- en litteraturgenomgång*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9657/2006-12339_200612339.pdf
- Socialstyrelsen (2011a). De mest sjuka äldre- Avgränsning av gruppen. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18470/2011-10-20.pdf>
- Socialstyrelsen (2011b). *Bostad i särskilt boende är den enskildes hem*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-1-12>
- Socialstyrelsen (2011c). *Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18524/2011-12-9.pdf>
- Socialstyrelsen (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede-Vägledning, rekommendationer och indikatorer- Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>
- Socialstyrelsen (2014). *Vård och omsorg om äldre*. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19297/2014-1-3.pdf>
- Socialstyrelsen (2016a). *Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20490/2017-2-13.pdf>
- Socialstyrelsen (2016b). *Färre äldre bor i särskilt boende*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2016/farrealdreborisarskiltboende>
- Socialstyrelsen (2016c). *Din rätt till vård och omsorg- En vägvisare för äldre*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20182/2016-5-5.pdf>
- SOSFS (2012:3) *Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18610/2012-2-20.pdf>
- Sprangers, S., Dijkstra, K., & Romijn-Luijten, A. (2015). Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clinical Interventions in Aging, 10*, 311-319. doi: 10.2147/CIA.S73053
- Statistiska centralbyrån (u.å.). Hämtad 21/3/2017 <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistikefter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/>
- Statistiska centralbyrån (u.å.). Statistikdatabasen. Hämtad från http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0401__BE0401B/BefolkprognRev2015/table/tableViewLayout1/?rxid=b156f09d-9887-4951-a597-bb-b73746569a
- Summer Meranius, M. (2010). *Era delar är min helhet: en studie om att vara äldre och multisjuk*. (Akademisk avhandling, Linnéuniversitetet, Växjö) Hämtad från <http://lnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:322457/FULLTEXT01.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationersvensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivninglegitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

- Söderlund, M. (2013). *Förhållningssätt och kommunikation i mötet med personer med demenssjukdom*. (Akademisk avhandling, Karolinska Institutet, Stockholm). Hämtad från https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/41633/Thesis_Mona_S%C3%B6derlund.pdf?sequence=1
- Söderman, M., & Rosendahl, S. (2016). Caring for ethnic older people living with dementia—Experiences of nursing staff. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, *31*, 311-326. doi:10.1007/s10823-016-9293-1
- Ternstedt, B-M., Henoch, I., Österlind, J., & Andershed, B. (2017). *De 6 S:n- En modell för personcentrerad palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur
- Thoresen, L., & Lillemoen, L. (2016). I just think that we should be informed a qualitative study of family involvement in advance care planning in nursing homes. *BMC Medical Ethics*, *1(17)*, 1-13. doi:10.1186/s12910-016-0156-7
- Tuominen, L., Leino-Kilpi, H., & Suhonen, R. (2016). Older people's experiences of their free will in nursing homes. *Nursing Ethics*, *23(1)*, 22-35. doi: 10.1177/0969733014557119
- Törnquist, A (2004). *Vad man ska kunna och hur man ska vara -en studie om enhetschefers och vårdbiträdens yrkeskompetens inom äldreomsorgens särskilda boenformer*. (Doktorsavhandling, Lärarhögskolan, Stockholm). Hämtad från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:191600/FULLTEXT01.pdf>
- Vetenskapsrådet (u.å.) *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- WHO (2002). *National cancer control programs: Policies and managerial guidelines*. 2 uppl. Geneva: World Health Organisation. Hämtad från <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>
- WHO (2011). *Palliative care for older people: better practices*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. Hämtad från http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.p
- Österlind, J., Hansebo, G., Andersson, J., Ternstedt, B-M., & Hellström, I. (2011). A discourse of silence: professional carers reasoning about death and dying in nursing homes. *Ageing and Society*, *31*, 529-544. doi:10.1017/S0144686X10000905

Intervjuguide fokusgruppdiskussion 2017

Frågeområden:

1. Vill ni berätta hur ni tänker kring palliativ vård?
2. Vi är speciellt intresserade av vad ni gör och kan göra för att uppmärksamma och tillgodose den äldres behov utifrån ett palliativt förhållningssätt? Vill ni berätta hur ni gör?
3. Vi är också intresserade av att veta vad ni gör och kan göra för att stärka den äldres självbestämmande utifrån ett palliativt förhållningssätt. Vill ni berätta hur ni gör?

Exempel på följdfrågor:

- Kan ni berätta mer om det?
- Har ni någon erfarenhet sedan tidigare?
- Hur brukar ni göra
- Kan ni ge exempel på det?
- Hur menar ni då?
- Hur tänker ni kring det?
- Hur känner/upplever ni då?

Avslutande fråga:

- Är det något mer ni skulle vilja tillägga?
- Om vi har ytterligare följdfrågor, får vi lov att kontakta dig igen?

Demografiska data:

- Ålder och kön?
- Omvårdnadsutbildning?
- Antal år i yrket?
- Antal år på nuvarande arbetsplats?
- Tjänstgöringsgrad?

Intervjuguide fokusgruppdiskussion 2010

Frågor:

1. Vad kan ni konkret göra på boendet för att bättre se den äldre och förstå dennes behov?
2. Vad kan ni konkret göra på boendet för att stärka den äldres självbestämmande?
Hur kan ni bli bättre på att samtala med den äldre om döden och andra svåra saker?

Bilaga 3

Exempel på meningsenheter, koder, kategorier och huvudkategorier

Meningsenhet	Kod	Kategori	Huvudkategori
...man ser det även om det några som inte kan säga men man ser på deras kroppsspråk alltså och muskler och sånt här, alltså dom blir oroliga, dom blir rädda...(Fokusgruppdiskussion 2).	Ser på kroppsspråket om de är oroliga eller rädda	Att läsa av kroppsspråk och kroppssignaler	Att lära känna den äldre
Det var semestertid sånt, men då körde vi ut ett helt gäng var en sån fin svalka så då glass, och det är sånt som man lätt kan göra egentligen alltså för dem. Det tar inte så lång tid. (Fokusgruppdiskussion 1)	Körde vi under träden, fin svalka och åt glass	Att underlätta aktiviteter	Att sörja för den äldres angelägenheter
Ja både liksom när de är pratsamma och så där så kan de ju säga hur de vill ligga, hur de vill ha kudden, hur man vill ha det liksom. (Fokusdiskussion 7)	När de kan säger hur de vill ha det	Att erbjuda valmöjligheter	Att den äldre ges valmöjligheter eller att låta någon annan bistå valet

Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan

Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan (tidigare Forskningsplattformen för Utveckling av Närsjukvård) har funnits sedan 2003 och är ett samarbete mellan Region Skåne, Högskolan Kristianstad samt de sju kommunerna i Nordöstra Skåne (Bromölla, Hässleholm, Hörby, Kristianstad, Osby, Perstorp och Östra Göinge) som tillsammans finansierar verksamheten. Den ursprungliga inriktningen för Plattformens verksamhet var att den forskning som bedrevs skulle ha en deltagar-baserad forskningsdesign. Representanter för de olika finansörerna återfinns i den samordnings-grupp som beslutar om, och följer upp Plattformens inriktning och verksamhet.

Verksamhetsperioden 2011-2015 hade delvis en ny inriktning med ett ökat fokus på flerveten-skaplig forskning inom tre prioriterade områden: Hälsofrämjande vård och omsorg, Person-centrerad vård och omsorg samt Organisation och Ledarskap inom vård och omsorg. Den forskning som genomfördes bedrevs i nära samarbete med parterna.

Under den nya verksamhetsperioden 2016-2020 ska forskningen som bedrivs präglas av en stark forsknings- och forskarettisk medvetenhet och en värdegrund där mångfald, jämlikhet, jämställdhet och öppenhet är centrala. Visionen att i samverkan bedriva verksamhetsnära forskning som kan möta framtidens utmaningar och ge möjlighet till ökad hälsa och livskvalitet för medborgarna med speciellt fokus på:

- Insatser för att stärka hälsa och förebygga ohälsa
- En personcentrerad vård med specifikt fokus på utsatta och sårbara grupper i vårt samhälle
- En patientsäker och resurseffektiv vård över organisationsgränserna
- Utveckling av nya och innovativa lösningar, inklusive E-hälsa

